·全科医疗·社区卫生服务研究·

DIP 支付模式下综合医院全科医学科发展研究

叶鑫瑛[1, 2]，殷安康[1]，刘定岭[3]，吕翔[4]，王逸[1*]

1.225000 江苏省扬州市，扬州大学附属医院全科医学科
2.116000 辽宁省大连市，大连医科大学研究生院
3.225000 江苏省扬州市，扬州大学附属医院院长办公室
4.225000 江苏省扬州市，扬州大学附属医院疗保险办公室
*通信作者：王逸，副主任医师；E-mail：jzhwy@yzu.edu.cn

【摘要】 医保支付是医疗改革的重要环节，是调节医疗服务行为、引导医疗资源配置的重要杠杆。目前我国的医保改革趋势趋向按健康结果付费，从“治病”转向“防病”，按病种分值付费（DIP）支付是医改按健康结果付费的重要表现形式，而全科医生是守护全民健康的第一道防线，综合医院全科医学科承担着促进分级诊疗、双向转诊的任务。全科医生全周期、规范化且精细化的诊疗模式是 DIP 支付得以成功实施的前提，而 DIP 的内涵体现了全科医生的工作价值，两者相辅相成、相互促进。本文通过对 DIP 支付的定义及内涵进行阐述，综述我国医疗改革进程，梳理国内医疗机构实行 DIP 支付的优秀实践案例，分析国内当前综合医院全科医学科工作及管理中存在的困难与不足，在此基础上提出应建设优质高效医疗卫生服务体系与评价指标体系，防治结合、结合专业特色双向促进医患共赢，缓解医保压力、促进医险融合提升控费能力等举措，以期为国内综合医院全科医学科适应医保改革提供借鉴。

【关键词】 医保改革；医保支付；按病种分值付费；全科医学；综合医院；综述
【中图分类号】 R 197.1　【文献标识码】 A　DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0753

Research of the Development of General Medicine in General Hospitals under the DIP Payment Model

YE Xinying[1, 2]，*YIN Ankang*[1]，*LIU Dingling*[3]，*LYU Xiang*[4]，*WANG Yi*[1*]
1.Department of General Practice，Affiliated Hospital of Yangzhou University，Yangzhou 225000，China
2.Dalian Medical University，Dalian 116000，China
3.President's office，Affiliated Hospital of Yangzhou University，Yangzhou 225000，China
4.Medical Insurance Office，Affiliated Hospital of Yangzhou University，Yangzhou 225000，China
**Corresponding author：WANG Yi，Associate chief physician；E-mail：jzhwy@yzu.edu.cn*

【Abstract】 Medical insurance payment is an important link in deepening medical reform，and an important lever for regulating medical service behavior and guiding the allocation of medical resources. At present，China's medical insurance reform tends to pay according to health outcomes，and the trend is from "cure" to "prevention". DIP payment is an important manifestation of health outcome payment in medical reform. General practitioners are the first line of defense to protect the health of the whole people，and the general practice department of general hospitals undertakes the task of promoting hierarchical medical system and the dual referral system. The full-cycle，standardized and refined diagnosis and treatment mode of general practitioners is the prerequisite for the successful implementation of DIP payment，and the connotation of DIP reflects the work value of general practitioners，and the two complement and promote each other. By illustrating the definition and connotation of DIP payment，this paper reviews the process of medical reform in China，sorts out the excellent practice cases of domestic medical institutions implementing DIP payment，analyzes the difficulties and shortcomings in the work and management of general medicine in

基金项目：扬州市卫生健康经济管理研究课题项目（CW202303）
引用本文：叶鑫瑛，殷安康，刘定岭，等. DIP 支付模式下综合医院全科医学科发展研究［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0753.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
YE X Y，YIN A K，LIU D L，et al. Research of the development of general medicine in general hospitals under the DIP payment model［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］



general hospitals in China.On this basis, it is proposed that a high-quality and efficient medical and health service system and an evaluation index system should be built, combining prevention and treatment with professional characteristics to promote mutual benefit between doctors and patients, relieve the pressure of medical insurance, promote the integration of medical insurance and improve the ability to control costs.This study aims to provide reference for the adaptation of general practice departments to medical insurance reform in domestic general hospitals.

【Key words】 Medicare payments；Medical insurance payment；DIP；General medicine；General hospital；Review

目前全球疾病费用负担加重、医保支付基金支出压力增加，价值健康的理念不断发展，医保支付方式正逐步转向注重内涵式发展[1]，在此背景下以按疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Group，DRG）和按病种分值付费（Diagnosis Intervention Packet，DIP）为主的多元复合支付方式应运而生。DRG 支付在国外取得较好的医保控费成果，但其在我国实施效果参差不齐，因此作为“DRG 中国本土化”的 DIP 支付方式在我国正大力开展。

全科医生是守卫居民健康的首要关卡，综合医院设置全科医学科（以下简称全科），有助于优化配置医疗资源，实现双向转诊，助推分级诊疗。本研究以“医保改革”“DIP”“全科医学”“综合医院”“医险融合”为检索词，检索中国知网、PubMed 等数据库 2018 年 1 月—2023 年 8 月发表的 DIP 支付模式下综合医院全科发展的相关研究，检索结果提示当下医保改革相关的研究大部分围绕综合医院整体或者专科而展开，与全科发展相关的医改资料亟缺，且 DIP 支付模式下综合医院全科发展相关的研究目前处于空白阶段，参考文献难以获得，其相关领域具有极大的探索空间。在此背景下，本研究提出适应综合医院改革、符合全科医学科特色、实现医患保三方共赢的几点思考，以期为国内综合医院全科医学科适应医保改革提供参考。

1 国内医保改革背景

医疗保险制度的更新与完善随着经济与科技的发展而不断迭代，不同国家根据自身发展阶段与政治体制从而发展出不同的医保制度[2]，实施不同的支付方式。目前，起源于美国的 DRG 支付方式获得较高认可，其本质是一种病例组合技术，按组别进行支付，实行预付费[3-4]。DRG 作为一种疾病分类体系，最早用于医疗质量管理，后被用于医疗费用支付，结合预付制，DRG 取得了良好的控费成效。然而 2020 年对我国 DRG 试点的中期评估发现，30 个城市中只有 8 个城市达到了实施 DRG 支付的基本技术要求，另外 8 个城市的实施效果不尽人意[5]，以此可见，全面实施 DRG 的条件并不存在[6]。对实施 DRG 支付的条件综合分析，问题主要集中在DRG对信息化要求较高导致难以实现临床路径，各地区经济水平参差不齐导致医疗费用的差异无法统一，且目前我国尚且缺乏第三方监管机构易导致医疗机构产生过度医疗倾向。在这个时候，DIP 作为一种基于个案的替代支付机制被采纳，DIP 是 DRG 支付理念的“中国版本”。2020 年国家提出医改推进 DIP 改革工作[7]，2021 年启动实际付费工作[1]。我国 DIP 支付方式是在当地医保基金总额控制的基础上，根据诊断和诊疗方式将住院患者分成不同病种（病组），并对其赋值计算点数，医保机构年终根据基金总额和区域总点数算出其“点数单价”，再按照各医疗机构的累计点数与其结算费用[8]，运用大数据将医保支付标准由“一人一病一费”的模式转向病种群体。DIP 支付是我国根据以往发达地区的经验进行的改良，具有中国特色的疾病探索特征，并能够有效基于以往的医疗实践经验进行数据分享[9]。从医疗管理角度而言，DIP 支付更具精细化，具有前沿优势[10]。

2 DIP 支付在国内的实践成果

DIP 支付于 2003 年由江苏省淮安市首次实施，国内其余 20 个城市先后实施，包括南昌市、中山市、金华市等。广东全省于 2018 年实施 DIP 支付方式[11]，各地医疗机构都对 DIP 支付改革进行积极探索，其中不乏优秀的实践案例。广东省广州市实行 DIP 改革，通过实行不同病种多元支付支持特色发展、对病种跟踪分析动态调整、研发智能监控系统、创新构建“线上深度挖掘+线下重点核查”监控模式等方式，协同推进“三医”改革，推进医保事业高质量发展，更好地保障人民健康，实现多方共赢[12]。广东省汕尾市通过建立完善的医保支付体系、制定科学的 DIP 分组方案、搭建医保结算平台、组建专家队伍等方式改革，改革后实现院次均费用、患者自付费用同步下降，医疗机构正向结余趋势逐渐上升，医保违规违法行为逐步减少，逐步形成医保、医院、患者三方共赢的改革格局[13]。江苏省丹阳市人民医院通过病例组合指数（Case-Mix Index，CMI）明确各病组的定位及发展策略，根据不同科室患者结构形成药品、耗材闭环管理，打造病案首页“三级质控”机制等方法，实现 DIP 支付改革后医疗成本合理化、医疗效果最大化，实现总体盈亏相抵，逐步成为公立医院高质量发展的升级试点单位。上海同济大学附属第十人民医院的 DIP 改革实践主要是构建了“三结构”管理模型，即病因+诊

断+治疗结构受益模型、优势病种最优结构比、最佳一体化诊疗项目模型，推动公立医院高质量发展，实现医保预算精准化、病种结算合理化、成本管控多元化、医疗行为优化的目标[14]。

3 DIP 支付对综合医院全科医学科运营管理的影响

目前医保支付方式改革的趋势趋向于按健康结果付费[15]，指的是医保局将支付依据与患者的健康结果挂钩，引导医疗服务从以治疗为主过渡为以预防为主，并追踪服务结束后患者的健康结果[16]。DIP 支付是按健康结果付费的一种重要表现形式，引导医疗机构关注疾病本身和提高服务质量，促进“治病”转向“防病”[6]。从功能定位来看，综合医院全科是促进双向转诊、推进分级诊疗制度的枢纽与纽带[17]；而 DIP 支付模式作为促进医疗机构精细化管理的手段，促进分级诊疗的落实及医疗资源合理分配，最终回归到以人民健康为中心的改革初心。从发展角度来看，全科医学的产生和发展符合经济社会和医学发展的规律性，而 DIP 支付是顺应科技进步、群众需求及医保改革的必然产物，两者的目标导向具有一致性。

然而，当前综合医院全科普遍存在患者高龄、病情复杂、多病共存（Multiple chronic conditions，MCC）、住院天数长、服务性收入占比较低的共性问题。一项对住院患者费用结构的研究发现，全科医学科住院费用中诊疗费、护理费等服务性费用占比相对较低，医务人员的劳动技术价值被严重低估[18]。DIP 支付的改革对于全科医学科、综合医院，乃至整个医疗系统来说都充满了挑战，其机制很大程度上倾向于诊断明确、操作性治疗较多的科室，而全科大部分治疗依靠药物，且操作性治疗少，CMI 值较大部分专科科室偏低，且全科医生大量以“防病”为主的工作价值在 DIP 计算体系中无法体现，会进一步导致全科医生收入水平、工作满意度和个人成就感降低。因此，综合医院在 DIP 支付模式下寻求一套适应改革的模式，有助于提高医务人员医疗服务价值、降低患者人均自付比例，有助于提高医疗机构服务效率、提高医保基金使用率，实现医、患、保三方共赢。其次，通过 DIP 改革有助于实现医保控费目的，确保医保基金合理使用，最终促进综合医院精细化管理、高质量发展。但当前国内关于 DIP 的研究集中在 DIP 实施效果的整体性评价[19-20]、DIP 对大型公立医院及医生行为的影响[21-22]、DIP 实施障碍与优化策略等方面[23-24]，大多数研究只涉及专科，且国内全科医学科的发展目前还在摸索阶段，其如何适应医保改革（尤其是 DIP 支付）、探索出一条符合自身特点的道路仍需要继续研究与实践，因此本文通过查阅大量文献、案例，整合当下国内外医保改革、DIP 支付等相关资料，结合临床经验，提出几点建议与思考。

4 DIP 支付模式下综合医院全科医学科发展的对策及建议

近年来全球医疗系统都面临成本攀升的巨大挑战，亟需发展“价值医疗”以驱动可持续发展。价值医疗的核心是医疗质量，其理念是以较低的成本取得医疗效果的最大化。DIP 支付是综合医院改革的切入点，改变了医院的创收模式，通过打包支付破除药品及耗材层层加价的现象，将原来以药耗和检查为主的盈利模式转变成通过降低成本、优化流程来提高收入。基于价值的医疗服务具备“提升治疗效果、降低差异、减少费用成本、持续优化”的优势，实践价值医疗需要医疗机构与支付方（医保、商业保险）多方的共同努力。

4.1 适应医疗改革 – 建设优质高效医疗卫生服务体系与评价指标体系

医疗机构为适应医保改革尤其是 DIP 支付改革需要建设出一套优质高效医疗卫生服务体系，综合医院需要坚持定位与战术选择相结合的管理原则从头布局，不断优化，分步实现。综合医院首先要完善院内制度建设，建立多方协调机制，发挥全科守护人类“全周期健康”特点，各科室间需建立通畅高效的会诊–分诊机制，可设置由全科医生首诊的多学科诊疗（Multi-Disciplinary Treatment，MDT）门诊，同时积极参与院内住院患者 MDT 讨论，统筹协调各专科医师，促进向专科分诊以加强其合作交流，同时呼吁国家尽早出台标准化的全科医学医疗质量控制体系以评估监督其医疗服务质量。全科涉及病种范围较广，需加强对医务人病案首页书写、疾病编码、临床路径方面的培训学习，促进常态化培训。综合医院要积极引进先进的信息化设备与技术，搭建业财融合的一体化智能信息平台[25]，利用大数据寻求指标最优化。同时还要运用好本院和区域内的 DIP 大数据，分析并优化科室病种成本结构，因地制宜制定病种策略。

4.1.1 积极推进全科医学医疗质量控制中心建设：医疗质量是医疗机构的发展核心，是临床科室规范开展 DIP 支付的技术基础，而我国目前医疗机构中全科临床质量控制管理实践尚处于起步阶段，缺乏统一的临床质量控制评价标准和方法，尚未形成标准化的全科医学医疗质量控制体系[26]。为规范医疗质量管理，提升医疗服务水平，促进医疗质量建设，我国有些省市已做了全科质控方面探索，成立了区域全科医疗质量控制中心（以下简称全科质控中心），并开展了相关质控督查，如上海市、重庆市均成立了全科质控中心[27]，但上海市全科质控工作重点在基层医疗机构，重庆市对综合医院和基层医疗机构均进行了探索，但综合医院的质控更多侧重

于考核全科住院医生规范化培训基地建设，控制指标也倾向于教学而非临床工作。故而国家级全科质控中心的建设和质控标准的出台对引领和规范全国各地的全科质控工作的开展大有裨益且迫在眉睫。

在 DIP 支付改革的形势下，全科质控工作需要临床和教学两手抓，两手都要硬。综合医院全科尤其要加强全科医疗服务的标准化、系统化、数据化管理。针对 DIP 支付重点质控以下方面，（1）正确编码：全科应大力开展针对病案编码的培训，要求医务人员能正确选择主要诊断，精准编码，准确反映临床诊疗过程，确保每个病例进入合适的病组；（2）规范临床路径，加强医疗行为监管：规范临床路径可以在保证医疗质量的同时，减少因医生个人习惯而产生的费用差异；同时，明确出入院标准，加强医疗行为监管，从而避免分解住院、低标入院等不合规医疗行为；（3）强化连续性服务：鼓励医务人员开展对慢性病全程规范化管理与患者自我管理、合理用药的质控改进研究，动态促进临床质量管理水平的提升。

4.1.2　业财融合，利用大数据寻求指标最优化：综合医院要提高院内信息化水平以提升 DIP 支付的运营效率，要以自身功能定位为出发点，善于利用本院和区域内的 DIP 大数据并加以分析。DIP 支付方式的改革对全科来说既是挑战也是机遇，全科应协助医院做好信息化的顶层设计[25]，搭建业财融合的一体化智能信息平台，积极推进医院 HIS 系统、DIP 管控平台与财务管理系统的联动。在此基础下开展病种大数据信息的分析应用，结合业务数据与财务数据，重点分析 CMI 值高、药耗占比低的优势病种，以此深度融合财务管理、医院战略目标、全科学科建设目标、医保政策形势。全科推进业财融合有助于比其他专科更早布局谋划，弯道超车，参与医院运营全过程，建立以提质增效为重点的运营管理体系。

一项基于 DIP 的医保服务质量评价指标体系的研究[28]，在患者的医疗数据中找出通过不同维度评价医保服务质量的核心指标，将出院患者四级 / 三级手术占比作为医疗服务能力的核心指标，将再入院率（7 d、14 d、30 d）、超长住院占比、低标入院占比、低风险组死亡占比等指标作为医疗服务质量的核心指标，将平均住院日、时间 / 费用 / 药品 / 耗材消耗指数作为医疗服务效率的核心指标，CMI 标化住院次均费用增长率作为医疗费用控制的核心指标。建立动态管理机制，通过计算核心指标并运用评分标准结合权重获取其得分，动态监测，对比实施 DIP 支付前后科室的得分变化情况，得分降低提示控费有效，对于有效控费的部分给予绩效奖励正向激励，而对于得分升高的则分析其可能发生的原因并解决存在的问题，在实践中寻求指标最优化以实现效益最大化，充分发挥 DIP 对按健康结果付费的导向作用。由于参与评价的核心指标大部分可直接由住院病案首页和医保管理系统获得，但需要较高的数据质量以保证指标计算的准确性，因此需要综合医院加强对信息系统的建设，同时也要求全科医生提高对病案首页填写的准确性。

4.1.3　因地制宜制定病种策略：综合医院全科病种结构以未分化疾病（medically unspecified Disease，MUD）、MCC、慢性病为主，需不断优化病种成本结构以提高在 DIP 支付中的权重值（RW），制定固定优势病种和发展特色病种的管理战略[29]，探寻实现“质量－成本－效益”最优均衡的综合医院全科发展路径。根据前期数据积累，摸清科室病种情况，将病种分为特色病种、优势病种、一般病种和劣势病种。特色病种指的是具有科室标识度、体现技术水平的病种如 MUD，这些即使暂时不盈利也要尽力发展；优势病种即有技术优势、可用来获取结余的病种，此类应该大力发展；一般病种，主要是本科室常见病多发病，在分级诊疗机制下，病情一旦稳定的患者即可下转至基层继续治疗；劣势病种指的是各种原因所致的低 / 高倍率病种，对于这类应找明患者费用异常的原因，如编码错误、治疗不足 / 过度、遗漏操作、控费不足、费用转移、病情需要等，需要医务人员正确编码、规范临床路径、强化成本核算，同时可积极与医保部门沟通，对疑难危重、新技术应用等特殊情况申请特病单议合理补偿。

4.2　防治结合－结合专业特色双向促进医患共赢

在科室层面，首先通过 DIP 支付体系评估全科学科的病种结构并调整规划。首先，对全科学科的总体诊疗能力进行评估，包括学科的诊疗能力、服务覆盖范围、收治患者病种结构特点、疾病谱、服务半径等。其次，可建立 DIP 支付与全科医学科医疗服务相结合的绩效评价激励机制，建立多维度绩效分配评价体系，综合考量医疗质量、病种风险程度、疾病防治、成本控制、患者满意度等方面，降低影响诊疗服务行为的外部因素，建立医保支付与全科医生薪酬的正向激励[30]。其中绩效评价体系的建立，首先要与国家当前政策导向一致，依据国家医疗绩效考核与评价、重点学科建设的相关文件等方面综合考虑[31]。

DIP 机制很大程度上倾向于病种简单的外科，像病种相对复杂的内科、全科，尤其是一些依靠药物治疗、CMI 值偏低的内科科室天然就有劣势。为缓解综合医院全科住院病人检验费用、药占比较高、治疗性操作较少、服务性医疗费用占比较低等问题，可选取 DIP 支付中关键性指标 RW 结合全科学科专业特色，将入院患者疾病危险分层的识别工作、病情评估、MDT 评估、转诊评估等防治结合的工作计入工作量，提高全科医学模式下病种分值，并鼓励科室重点开展服务型新业务、新技术

来提高医疗服务费用占比，将其引入绩效薪酬分配，进行薪酬激励，以提高全科医生的收入水平，正向激发工作积极性。

4.2.1 成立未分化疾病与多病共存的诊疗中心：MUD彰显了全科学科的标识度。目前研究表明，有18.6%~21.3%的患者因MUD就诊[32]，而我国65岁及以上人群中MCC患病率远超20%[33]，全国50余家综合医院全科医学科已开设MUD相关门诊。周亚夫等[17]提出，综合医院全科应当成为MUD与MCC的诊疗中心，为治疗MUD和MCC提供多学科综合性的诊疗保障，这直接体现综合医院的诊疗能力，需要全科医生把握MUD和MCC的诊疗规律，提升综合医院全科整体诊疗水平。MUD与MCC中许多躯体症状可归因于心理或精神问题，以"生物－医学－社会"模式为特点的全科医学诊疗模式将发挥重要作用，通过行为疗法、心理干预等方式对患者进行非药物治疗[34]。综合医院全科医学科可开设MUD门诊，以此作为连接患者与其他专业科室的桥梁，使该门诊成为全科特色疾病收治门诊；同时设立MUD与MCC诊疗中心，发挥全科医师在MUD与MCC综合管理中的优势，开展其患者的专档建立、健康评估与随访管理等工作[35]，作为提高医疗服务费占比的举措之一。

其次，成立MUD与MCC诊疗中心能发挥综合医院全科枢纽性的作用，既分诊疾病至专科，实现"全－专"联动，也下转患者至基层，推进双向转诊实施。收治的早期MUD和MCC患者，可根据疾病的主次顺序及严重程度安排患者转诊至相关专科治疗，起到合理分配医疗资源的作用；与基层建立起高效的双向转诊机制，充分发挥综合医院全科引领和支撑的作用。DIP支付与全科的发展具有目标一致性，两者皆旨在推进分级诊疗制度的落地与实施。目前部分省市正在积极推行紧密型医联体，着力加强健康管理、分级诊疗、规范诊疗等方面的工作[30]，通过对多发病及高危因素的控制，从治病过渡至防病，降低发病率，从而减少医疗消耗和医保支出[36]，以此争取医保结余。综合医院全科医生要严格掌握转诊指征，对于诊断明确后病情稳定、恢复期长的患者可适当转诊至基层医疗卫生机构，对下转有效对接，与基层医生交接患者的定期随访计划、后续治疗注意事项等，提升全面协调持续高效的服务能力，从而实现双向转诊、分级诊疗，为人群提供全周期健康服务。

4.2.2 发展亚专长全科医师模式：亚专长全科医师（genneral practitioner with special interest，GPwSI）指经过培训和认证之后，在某方面具有特长的全科医师，可以在小手术、高血压、药物成瘾、头痛等方面提供专业、具体的服务[37-38]。调查显示，我国绝大多数全科医师、专科医生及患者都对全科医师发展亚专长持积极态度[39]。发展亚专长是全科对学科发展的全新探索，促进科室高质量发展，而DIP支付的目的也在于促进医疗机构管理由粗放式转向内涵式，两者发展目的趋于一致。目前，我国对全科医师的亚专长培养尚处于起步阶段，浙江省、北京市、四川省、广东省等地对亚专长全科医师培训开展了初步探索，涉及心血管、呼吸、消化、内分泌、皮肤病、儿科、康复、全人全程健康等专业[40-41]。浙江省台州天台县人民医院全科医学科主任陈平表示，真正的亚专长一定是有机会接诊就医人数较多的亚专长领域患者，与专科领域保持诊疗技术的同质性并不断在实践中总结提高[42]。综合医院的全科医生，可以本区域内多发病与常见病为基础、结合个人兴趣选择自己的亚专长，通过亚专长培养拓展执业范围，从而开展亚专长相关有偿项目以增加医疗服务费用，获得更好的职业发展和更多的薪酬[40]。对于一些非限制性操作如胸腹腔穿刺、清创缝合、脓肿切开引流、体表肿物切除、关节腔注射、局部封闭等，也可由经过该领域亚专长培训的全科医师实行，在"大全科诊疗"环境下尽可能地帮患者解决问题；对于诊疗范围外的疾病和限制性操作，可分流至专科进一步治疗，减少前期的检查可帮助降低专科住院的诊疗费用，提高医疗效率。DIP支付改革下鼓励综合医院控费、提高医疗服务效率与质量，全科医生开展亚专长相关项目可提高医疗服务价值，患者可尽早享受规范治疗、缩短等候时间[38]，提高医保资金使用率，实现医患保三方良性互动。

4.3 缓解医保压力－医险融合提升控费能力

在全球老龄化逐年严重、慢性病群体飞速增加、医疗费用负担逐步加重等多重挑战下，基本医疗保险支付的压力明显增加，而当下保险作为重要的资金来源，与医疗健康融合已成为大趋势。《国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革2022年重点工作任务的通知》（国办发〔2022〕14号）[43]指出，深化"医疗、医保、医药"三医联动改革，持续推动从"以治病为中心"转变为"以人民健康为中心"。

自国家正式启动DIP支付改革以来，在提高医保基金使用效率、规范医疗诊疗行为、优化医疗资源配置等方面，对医院管理提出了更高的要求，医院也产生了强烈的控费需求[44]。一些保险公司凭借对医保的深度理解、医保基金监管经验为医院提供费用审核、分析与管理服务，提升医院的控费能力。太平洋产险旗下的泰康保险，协同泰康同济（武汉）医院推出的服务项目打通了医保、医院、商保三大系统，通过自主研发的"医院DRG综合分析管理平台""医院医保结算自控系统""医院智慧编码系统"等科技产品，为医院提供病案与清单质量管理，帮助医院对接医保平台实现结算清单上报，同时利用大数据分析能力为医院提供DIP支付方式下的

费用盈亏分析以及绩效分析，实现全院、科室、医生、病例等多维度数据分析，全面满足医院对 DIP 的管理与分析需求[35]。近期，复旦大学附属中山医院携手中国人保率先成立“中山－人保创新研究中心”，希望对标国际探索出“医险融合”的新模式、新方法，为满足广大患者就医体验和医疗服务做出应有贡献。玉环市人民医院健共体集团与商业保险合作，构建了以基本医保为主体、医疗互助、商业健康保险为辅共同发展的多层次医疗保障制度体系，目前服务 5 000 多人，实现了控基金、提质量、减负担的目标。

全科医生不仅是国民“健康守门人”，还是医疗保险的“基金守门人”。医险融合的部分成功实践体现了以商业保险为补充的支付方式能缓解医保支付压力，从而提升控费能力，为医改带来了新的思路。作为居民提供连续性预防保健、健康管理、疾病归属、慢病防治服务的全科医生，全科医学科可以探索慢性病的商业健康险，与商业保险公司合作，构建健康管理、医疗服务、健康保险相互融合的大健康生态圈[45]。

综上所述，在国家政策及当地政府扶持下，我国部分地区医疗机构对医保改革 DIP 支付模式进行了探索实践，并取得了一定成效，但全科如何适应 DIP 支付模式并不能复制当下医改的优秀实践。复旦大学胡善联教授认为，公立医院应始终秉持公益性，认识到靠创收驱动实现不了高质量发展[14]。我国医保改革工作仍处于探索阶段，仍有许多问题需要解决，但综合医院发展必须向服务质量型转变，运用 DIP 促进医疗机构实现精细化管理，进而促进分级诊疗的落实，根本是保障人群的健康质量，最终回归到“以人民健康为中心”的改革初心。综合医院全科医学科作为其重要的组成部分，在 DIP 支付改革的洪流中应顺应趋势，牢牢抓住机会、主动寻求改变，探索出一条符合自身条件、创新机遇的道路：需要适应改革，建设优质高效医疗卫生服务体系与评价指标体系；需要结合全科医学专业特色改革，提高全科医生待遇正向激励，注重医防融合，推进分级诊疗制度；需要探索缓解医保压力新途径，探索医险融合提升控费能力，促进医患保三方共赢。DIP 支付模式下综合医院全科医学科的发展，要在国家提倡、政府推动、多部门合作、社会参与的条件下不断完善策略研究，并不断发展实践，从中有效推动医保改革工作顺利开展，提高医保基金使用率，促进医疗工作精细化、效率化，促进全民健康。全科医生是居民健康和医保费用的守门人，医疗行为不能以盈利为最终目的，或许小有盈余或不盈不亏是综合医院全科医学科落实 DIP 的最优解[46]。

作者贡献：叶鑫瑛负责文章的构思与设计、研究资料的收集与整理、论文撰写；殷安康负责论文修订；王逸负责文章的质量控制及审校、对文章整体负责，刘定岭、吕翔负责监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知[EB/OL].(2021-11-26)[2023-08-14]. http://www.nhsa.gov.cn/art/2021/11/26/art_104_7413.html.

[2] 朱晓伟，马雷. 医保支付方式改革的国际实践及对我国的启示[J]. 继续医学教育，2023，37（1）：165-168. DOI：10.3969/j.issn.1004-6763.2023.01.042.

[3] 唐剑，陈武朝，王桂榕. 疾病诊断相关分组（DRGs）研究及应用[J]. 中国病案，2014，15（5）：36-39. DOI：10.3969/j.issn.1672-2566.2014.05.018.

[4] GOLDFIELD N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital[J]. Qual Manag Health Care, 2010, 19(1): 3-16. DOI: 10.1097/QMH.0b013e3181ccbcc3.

[5] HE A J. Scaling-up through piloting: dual-track provider payment reforms in China's health system[J]. Health Policy Plan, 2023, 38(2): 218-227. DOI: 10.1093/heapol/czac080.

[6] Half Way in DRG Pilot: How is the Progress?China Health Insurance[EB/OL].(2022-06-23)[2023-08-14]. http://med.china.com.cn/content/pid/216096/tid/1026, accessed 3 June 2022.

[7] 曾欣，马颖颖. 以健康为导向的 DIP 创新机制与实现路径[J]. 卫生经济研究，2023，40(2): 52-56. DOI: 10.14055/j.cnki.33-1056/f.2023.02.015.

[8] 孟洁洁，张宇昂，张欲晓，等. DRG 支付国际比较对我国实践的启示[J]. 现代医院，2021，21（8）：1149-1152. DOI：10.3969/j.issn.1671-332X.2021.08.001.

[9] 宋丽梅. 基于 DIP 支付改革的科室高质量发展研究[J]. 智慧健康，2023，9（11）：1-4，9. DOI：10.19335/j.cnki.2096-1219.2023.11.001.

[10] 唐迪，丁锦希，陈烨，等. 医保支付标准与 DRG/DIP 支付协同推进机制研究[J]. 中国医疗保险，2021（3）：38-42. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2021.3.012.

[11] 陶芸，陈驰昂，韩勇. 我国按病种分值付费实施效果分析及对 DRG 试点医院的启示[J]. 中国医院，2021，25（6）：16-19. DOI：10.19660/j.issn.1671-0592.2021.6.05.

[12] 尤方明. 患者自费月均降 4.4% 医保支付改革如何破冰 汕尾模式值得借鉴[N]. 21 世纪经济报道，2022-08-30（003）.

[13] 邓佑满. 广东广州：数据赋能 DIP 改革创新先行[J]. 中国卫生，2022(11): 32-33. DOI: 10.15973/j.cnki.cn11-3708/d.2022.11.029.

[14] 冯芳龄，胡希家，叶向明，等. DRG 与 DIP 助力公立医院高质量发展的政策内涵及改革实践——“DRG 及公立医院高质量发展研讨会”综述[J]. 卫生经济研究，2021，38（8）：35-38.

[15] 王冬. 基于价值医疗的医疗保险支付体系改革创新[J]. 社会保障评论，2019，3（3）：92-103.

[16] 李乐乐. 健康中国战略下我国基本医疗保险支付方式改革政策评估[J]. 宁夏社会科学，2019（5）：125-134.

［17］周亚夫，方力争，于德华，等 . 综合医院全科医学科的定位与发展策略［J］. 中国全科医学，2021，24（13）：1581-1584，1591. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.163.
［18］吴建，冯雨，付晓丽，等 . 三甲医院全科医学科住院费用结构及影响因素案例分析［J］. 中国卫生经济，2021，40（11）：77-81. DOI：1003-0743(2021)11-0077-05.
［19］杨业春，李美坤，林圻，等 . “按病种分值付费” 控费效果研究［J］. 卫生经济研究，2021，38（6）：36-39. DOI：10.14055/j.cnki.33-1056/f.2021.06.029.
［20］谢岱仪，杨敏，李超 . 按病种分值付费实施效果与对策探讨［J］. 中国社会保障，2020（5）：86-87. DOI：10.3969/j.issn.1008-4304.2020.05.047.
［21］吴伟旋，向前 . 按病种分值付费对公立医院预算管理的影响研究［J］. 中国医院管理，2019，39（11）：54-55，60.
［22］谭清立，刘思妍，柳丹玲，等 . 按病种分值付费对医生行为的影响——基于实验经济学［J］. 中国卫生政策研究，2021，14（9）：14-19. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2021.09.003.
［23］焦之铭，王芊予，冯占春 . 我国实施按病种分值付费方式（DIP）的 SWOT 分析［J］. 卫生软科学，2021，35（9）：45-49. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2021.09.010.
［24］景秀雯，王健，梁坤，等 . 实行总额控制下按病种分值付费的 SWOT 分析［J］. 中国当代医药，2019，26（30）：150-153. DOI：10.3969/j.issn.1674-4721.2019.30.046.
［25］廖藏宜，林敏 . 医保 DRG/DIP 付费下的医院运营管理策略［J］. 中国医院院长，2023，19（3）：88-91.
［26］金花，易春涛，史玲，等 . 基层医疗卫生机构全科临床质量管理实践探索：以上海市全科医学临床质量控制中心建设为例［J］. 中国全科医学，2022，25（1）：29-34，42. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.334.
［27］首届全科医疗质量论坛在上海顺利召开［J］. 中国全科医学杂志 .［EB/OL］.（2023-06-07）［2023-09-25］.https://mp.weixin.qq.com/s/WLewDKVpohcKi_jLtQh0sg.
［28］滕佳利，宋桂杭，李倩，等 . 基于 DIP 的医保服务质量评价指标体系的构建与应用——基于德尔菲法和层次分析法［J］. 中国卫生政策研究，2023，16（2）：29-35. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2023.02.005.
［29］罗小兰，张萍，钟敏华，等 . 业财融合视角下 DIP 支付助推公立医院提质增效研究［J］. 现代医院，2022，22（6）：899-901. DOI：10.3969/j.issn.1671-332X.2022.06.024.
［30］张立强，李欣芳，李响，等 . DRG、DIP 付费改革下结余留用政策逻辑与思考［J］. 中国卫生经济，2023，42（5）：13-16. DOI：1003-0743(2023)05-0013-04.
［31］宁传英，韩传恩 . DRGs 与病种管理点面结合助力综合医院学科建设研究［J］. 现代医药卫生，2021，37（6）：1064-1066. DOI：10.3969/j.issn.1009-5519.2021.06.053.
［32］邱艳，任文，刘颖，等 . 综合性医院全科线上 - 线下门诊就诊情况分析［J］. 中华医院管理杂志，2018，34（7）：552-555. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2018.07.007.
［33］王佳，贾音，王慧丽 . 北京市海淀区社区老年慢性病多病共存状况的调查研究［J］. 同济大学学报（医学版），2021，42（5）：692-697. DOI：10.12289/j.issn.1008-0392.21242.
［34］娄铮，刘颖，邵双阳，等 . 未分化性疾患（未分化疾病）的研究进展［J］. 全科医学临床与教育，2021，19（7）：636-639. DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.007.017.
［35］潘琦，任菁菁，张萌，等 . 未分化疾病如何与全科医学同频共振？［J］. 中国全科医学，2023，26（31）：3877-3883. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.W0007.
［36］陈鸣，朱兆芳，崔丽艳，等 . DRGs 背景下检验医学未来的发展方向［J］. 国际检验医学杂志，2022，43（12）：1409-1412. DOI：10.3969/j.issn.1673-4130.2022.12.001.
［37］Secretary of State For Health.The NHS Plan：a plan for investment，a plan for reform［R］. London：HMSO，2000.
［38］Department of Health/Royal College of General Practitioners. Implementing a scheme for general practitioners with special interests［R］. London：RCGP，2002.
［39］应美珂，刘颖，任菁菁 . 专科医生对全科医生发展亚专长的态度研究［J］. 中国全科医学，2019，22（16）：1936-1939. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.288.
［40］殷培，任菁菁 . 国内外亚专长全科医师培养对比分析［J］. 江苏预防医学，2023，34（2）：231-234. DOI：10.13668/j.issn.1006-9070.2023.02.037.
［41］李舜，黄健烽，宋成宪 . 全科医学专业规培生社区康复亚专长培养的探讨［J］. 现代医院，2020，20（7）：989-991. DOI：10.3969/j.issn.1671-332X.2020.07.016.
［42］陈平 . 浙一全科 · 培训 | 陈平：全科医学亚专长之我见［J］. 浙大一院全科医疗科［EB/OL］.（2021-10-21）［2023-09-25］. https://mp.weixin.qq.com/s/H4gb1WiuDJHUjsuyxVXdwA.
［43］国务院办公厅关于印发深化医药卫生体制改革 2022 年重点工作任务的通知［EB/OL］.（2022-05-25）［2023-08-14］. https://www.gov.cn/xinwen/2022-05/25/content_5692276.htm.
［44］赵辉 . 医险融合破解医疗瓶颈［N］. 中国银行保险报，2023-04-27（005）.
［45］打破“保健康人”局限，泰康在线拉开全民保险大幕！如何引领新趋势？［J］.A 智慧保［EB/OL］.（2023-08-10）［2023-11-15］. https://mp.weixin.qq.com/s/vbD-U6uTgkz1gA3cikPcmA.
［46］赵鑫娜 . “不盈不亏或小有结余是最优解！”DRG/DIP 付费“丹阳经验”：要控费更要“防内卷”［EB/OL］.（2023-05-17）［2023-09-25］. https://mp.weixin.qq.com/s/WheIs468uVFIkzen4Jf9Cg.

（收稿日期：2024-10-15；修回日期：2025-01-11）
（本文编辑：崔莎）